Lane Medical Library

ZUR KLAMMERBEHANDLUNG BEI DER OVARIOTOMIE.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE,

WELCHE

NEBST BEIGEFÜGTEN THESEN

MIT ZUSTIMMUNG DER HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER UNIVERSITÄT GREIFSWALD

AM SONNABEND, 10. NOVEMBER 1877,

12 UHR,

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

THEODOR ZSCHEILE

AUS BAUTZEN (K. SACHSEN).

OPPONENTEN:

H. MEYER, CAND. MED.

C. VOCKEROTH, CAND. MED.

R. GOTTSCHALK, DRD. MED.

GREIFSWALD,

DRUCK VON CARL SELL

1877.

Wenn auch in neuerer Zeit die Zahl der mit günstigem Erfolge ausgeführten Ovariotomieen eine nie geahnte Höhe erreicht hat und wenn sie schon von manchen Seiten für so ungefährlich gehalten werden, dass Billroth sagen kann: „Der gewöhnliche Ausgang einer regelrecht ausgeführten Ovariotomie ist Genesung“ und dass Hegar sie bereits in zwei Fällen von Uterus-Myomen mit excessiven Menstrualblutungen als Palliativoperation vornehmen konnte *), so ist doch der Prozentsatz der lethalen Ausgänge, zumal wenn man in Betracht zieht, dass solche gern mit Stillschweigen übergangen werden, jedenfalls ein noch so hoher, dass man sich bestreben muss, Verbesserungen in den Operationsmethoden selbst und namentlich auch in der Nachbehandlung zu finden. In diesem Bestreben hat man sein Augenmerk vor Allem auf die Behandlung des Stiels gerichtet und stehen sich hierin zwei Ansichten ziem-

*) Wiener medicinische Wochenschrift, 1877, Nr. 19.

lich schroff gegenüber, beide vertreten von den vorzüglichsten Gynaekologen der Neuzeit, von Spencer Wells und Sims. Dieser wendet die Ligatur und Versenkung des Stieles in die Bauchhöhle, jener die Klammer und Einheilung des Stieles in die Bauchwunde an.

Dass jede dieser beiden Methoden ihre Nachtheile hat, ist schon genugsam erwiesen, dass aber das extraperitoneale Verfahren mit der Klammer so grosse Nachtheile bietet, wie Sims meint, wenn er sagt: „es habe seine besten Tage hinter sich", kann nach den Erfahrungen, welche in hiesiger gynaekologischer Klinik gemacht worden sind, durchaus nicht bestätigt werden. Herr Geh. Rath Professor Dr. Pernice operirt nur nach Spencer Wells und hat von 11 Operationen nur 4 verloren, wovon bei 2 der Exitus lethalis nicht der Operation, sondern den ungünstigen Complicationen zuzuschreiben ist. So hat er auch wieder während dieses Herbstes zweimal mit Glück operirt und traten die von den Gegnern der Klammerbehandlung so gefürchteten Nachtheile nicht oder doch nur in verschwindend geringen Graden ein. Um den Beweis hierfür liefern zu können, wird es sich nöthig machen, dass ich die beiden Fälle, namentlich in Bezug auf ihren Heilungsverlauf eingehend schildere; vorerst möchte ich aber die Nachtheile, welche von verschiedenen Autoren vom Spencer Well'schen Verfahren abhängig gemacht werden, in kurzen Worten zusammenstellen und mich über unsere diesbezüglichen Erfahrungen äussern.

Der bedeutendste Gegner der Klammerbehandlung ist jedenfalls Sims. Er spricht sich folgendermassen darüber aus: *)

„Die Klammer mag ihre Vorzüge haben, allein sie hat auch ihre Nachtheile, welche die ersteren überwiegen. Sie ist nicht allgemein anwendbar, da in manchen Fällen der Stiel zu kurz und zu dick ist, um ihre Application zu gestatten; in anderen Fällen muss man sie in Folge der von ihr ausgeübten Traction und der von dieser abhängenden Schmerzen entfernen. Wiederum in anderen Fällen glitt sie ab und veranlasste Blutungen. In einigen Fällen hat sie den Stiel durchschnitten und demselben gestattet, zu einer Zeit in die Bauchhöhle zurückzuschlüpfen, bevor sich noch hinreichende Adhäsionen gebildet hatten, um ihn zwischen den Abdominalwandungen zu befestigen. In noch andern Fällen ist der durch die Klammer ausgeübte Zug und Druck die Veranlassung zur Entfernung des Instrumentes gewesen, so dass der kurze Stiel mit dem an ihm hängenden Fetzen in die Bauchhöhle zurückgefallen ist, um vergiftend auf die Peritonealmembran zu wirken. Die Traction ruft oft grosse Leiden hervor, macht die Anwendung grösserer oft wiederholter Dosen von Opium nöthig und erhöht durch Reflexaction offenbar die Neigung für

*) Ueber Ovariotomie. 1873. Deutsch von Beigel.

Uebelkeit und Erbrechen. Und wer weiss, welcher Einfluss durch sie auf diejenigen Fälle ausgeübt worden ist, welche an Tetanus zu Grunde gegangen sind? Abgesehen aber auch von alledem, ist der an die Abdominalwand angeheftete Stiel und die Bänder, welche die Connexionen zwischen ihm und dem Omentum hergestellt haben, die Veranlassung intestinaler Strangulation und des in Folge dessen eingetretenen Todes gewesen."

Soweit Sims über die Nachtheile der Klammer. Wenn man ihm auch zugeben muss, dass gelegentlich einmal ein Stiel so kurz und dick sein kann. dass die Application der Klammer unmöglich wird — hier ist dieser Fall noch nicht eingetreten — und wenn, zumal bei Unvorsichtigkeit in der Fassung des Stieles, die Klammer auch einmal abgleiten kann, so wird man in diesen Fällen freilich irgend welche andere und gewiss am besten die von Sims warm empfohlene Methode der intraperitonealen Stielbehandlung wählen müssen. Hierzu wurden wir aber nie genöthigt und konnten wir auch von den übrigen von Sims geschilderten Nachtheilen der Klammer, wie aus den Krankengeschichten *) der früher unternommenen Operationen erhellt und bei späteren Vorstellungen der Operirten constatirt werden konnte uud wie wir aus der Beschreibung des Heiden

*) Lemke: Zur Casuistik der Ovariotomieen. Diss. I. Greifswald 1877.

Dettmar: Zwei Ovariotomieen. D. I. Greifsw. 1877.

lungsverlaufes der beiden zuletzt in hiesiger gynaekologischer Klinik ausgeführten Ovariotomieen ersehn werden, entweder gar keine oder doch nur in geringem Grade auftretende und leicht vorübergehende bemerken.

So sahen wir zwar eine Traction durch die Klammer ausgeübt werden, doch war diese derartig gering, dass sie nur leichte und bald wieder verschwindende Schmerzen verursachte.

Weiter kann nach Sims' Ansicht der Fall eintreten, dass die Klammer den Stiel zerschneidet — bei uns ist es nie vorgekommen — und dass dieser in die Bauchhöhle zurückschlüpft, bevor er in die Bauchwunde eingewachsen ist. Dies Zurückschlüpfen wird aber gewiss erst zu einer Zeit geschehen, wo die Blutgefässe des Stieles schon thrombosirt sind, so dass keine Blutung in die Bauchhöhle mehr erfolgen kann, die allerdings die schlimmsten Folgen nach sich ziehen würde. Sollte dann aber der nun intraperitonealliegende Stiel nicht dieselben und nur die Erscheinungen hervorrufen, wie wenn wir von vorn herein die intraperitoneale Stielbehandlung angewendet hätten? Vielleicht nur noch mit dem Vortheil, dass die Ligaturfäden daran fehlen, die an den so oft durch intraperitoneale Behandlung entstandenen Entzündungen gewiss nicht die geringste Schuld tragen.

Ein Druck, sagt Sims weiter, und eine Quet-

schung, meint Hildebrandt*), wird durch die Klammer auf die darunter befindliche Haut ausgeübt. Dies ist allerdings richtig und bei einigen unserer Fälle kam es dadurch auch zu geringfügigen Ulcerationen, doch waren sie eben so geringfügig, dass sie durch Reinlichkeit und Antisepsis leicht zur Heilung gebracht werden konnten. Man kann sich auch — und so geschicht es in hiesiger Klinik — von solchen Ulcerationen, freilich nicht mit sicherem Erfolge dadurch zu schützen suchen, dass man Carbolwatte unter die Klammer schiebt und vielleicht kann man sie vollständig vermeiden, wenn man auf diese Unterpolsterung von Carbolwatte in ferneren Fällen noch mehr Sorgfalt verwendet. Noch nie wurden wir aber durch diese Ulcerationen gezwungen, die Klammer zu entfernen und würden es vor einer Zeit, wo wir sicher sein könnten, dass die Einheilung des Stieles in die Bauchwunde erfolgt wäre, nie thun, um eben zu vermeiden, „dass der kurze Stiel mit den an ihm hängenden Fetzen in die Bauchhöhle zurückfalle, wo es vergiftend auf die Peritonealmembran wirken kann.“

Gewöhnlich treten aber solche Ulcerationen erst auf, wenn die Klammer schon längere Zeit gelegen hat, wo also die Einheiluug des Stieles in die Abdominalwunde schon vor sich gegangen, eine Abnahme der Klammer ohne Gefahr ist.

---

*) Drei Ovariotomieen. Arch. f. Gynaekologie, Bd. IX. 1876.

Eine Neigung zu Uebelkeit und Erbrechen beobachteten wir überhaupt nur während der Operation oder kurz nach derselben in Folge der Chloroform-Narkose, können also auch nicht wie Sims sagen, dass eine solche „durch Reflexaction in Folge von Traction noch erhöht worden sei.“

Tetanus, wie überhaupt eine accidentelle Wundkrankheit, trat bei uns nie auf und wird jedenfalls zu der extra- und intraperitonealen Stielbehandlung gleich selten hinzukommen.

Endlich erwähnt Sims noch, dass „der eingeheilte Stiel eine intestinale Strangulation hervorrufen und die Folge davon der Tod sein könne.“ Gewiss ein nicht undenkbares, aber wahrscheinlich höchst seltenes Ereigniss und wegen der Seltenheit seines Auftretens — hat doch Spencer Wells nur einen derartigen Fall gesehen! — nur in sehr geringem Grade in Anschlag zu bringen.

Ebenso entschiedene Bekämpfer der Klammer wie Sims sind der schon oben erwähnte Hildebrandt und Olshausen.

Letzterer behauptet:*)

„Die Annahme des Lister-Verfahrens führe consequenter Weise auch zur intraperitonealen Stielbehandlung und zur gänzlichen Abschaffung der Klammer.“

---

*) Samml. klinischer Vorträge v. Rich. Volkmann. No. 111.

Wenn wir auch deshalb, weil wir die Bauchhöhle nach Versenkung des unterbundenen Stieles in dieselbe gehörig desinficiren, mit Hegar*) hoffen dürfen, dass eine unschädliche Abkapselung eintreten wird, weil dies nach Hegar's Aussage der häufigste Ausgang ist, so kann doch auch, wie Hegar an derselben Stelle selbst hinzufügt, „dadurch Septichaemie, diffuse Peritonitis oder eine circumscripte Peritonitis mit Eiterung entstehen, die dem Leben rasch ein Ende machen können." Dass diese ungünstigen Ausgänge aber nicht so äusserst selten eintreten, beweisen die diesbezüglichen Statistiken. Wozu sollen wir uns also dieser Gefahr aussetzen, wenn wir sie leicht vermeiden können?

Ferner wird auch „ein gut sitzender Listerverband mit reichlicher Verwendung von Salicyljute im Scrobiculus cordis, über der Symphyse und in den Inguinalgegenden", wie ihn Olshausen wünscht, sich bei einigem Geschick ebenso gut bei der Klammer- wie bei der intraperitonealen Behandlung des Stieles appliciren lassen und er wird in Verbindung mit dem Carbolspray, den wir nicht nur während der Operation, sondern auch bei jedesmaligem Verbandwechsel in Anwendung ziehn, gewiss dem Eindringen septischer Stoffe von aussen nach dem Peritonealsacke bei beiden Methoden mit gleichem Erfolge entgegentreten.

---

*) Ebenda. No. 109.

Die weiter gemachten Einwürfe der Klammer, dass sie Eiterung der Wunde, eine nachträgliche Wiedereröffnung derselben hervorrufe, dass durch Verwachsung der Tube mit der Wunde ein Hinderniss zur Vergrössung des Uterus während der Schwangerschaft und seiner Contraction während der Geburt geschaffen werde, hat schon Spencer Wells in seinem Werke „über die Krankheiten der Eierstöcke“ zurückgewiesen und theilen wir nach den hier gemachten Erfahrung seine Ansicht hierüber vollständig.

Ein Nachtheil der Klammer kam uns noch zur Beobachtung, der aber wegen der Leichtigkeit, womit er zu beseitigen ist, eine stärkere Betonung nicht nöthig macht. Wegen zu weiten Hervorstehns des ziemlich langen Stieles aus der Bauchwunde wurde nämlich seine Ueberhäutung unmöglich. Mit der galvanokaustischen Schlinge wurde der überragende Theil des Stieles abgetragen und so ohne bedenklichere Zwischenfälle in kürzester Zeit die günstigste Heilung erreicht.

Dass ich hiermit noch lange nicht Alles was zu Ungunsten der Klammer erwähnt worden ist und erwähnt werden kann, erschöpft habe, dessen bin ich mir wohl bewusst, doch glaube ich damit soweit mir dies überhaupt möglich ist, gegen die hauptsächlichsten und die wichtigsten Vorwürfe, welche der Klammerbehandlung gemacht werden können, angekämpft zu haben.

Nun sei es mir noch gestattet, in kurzen Worten die Vortheile — und auch hier werde ich mich nur auf die hervorragendsten beschränken — welche nach den hier gemachten Erfahrungen aus der extraperitonealen Behandlung des Stieles mittelst Klammer erwachsen, zu schildern.

Der bedeutenste und wärmste Vertheidiger der Klammer ist wie schon erwähnt, Spencer Wells. Er sagt: „es könne keine schnellere und erfolgreichere Methode gewünscht werden als die Klammer.“ „Keiner von den gegen andere Methoden erhobene Einwänden,“ fährt er fort, „ist auf die Klammer anwendbar. Sie stillt wirksam die Blutungen, hält das Ende des Stieles ausserhalb der Wunde fest, unter stetiger Beobachtung und Controle des Chirurgen.“

Ja einen Vorwurf, den man der Klammer noch machen wollte, erklärt er sogar und gewiss nicht mit Unrecht „als ein Argument zu Gunsten derselben.“ Es kann nämlich Menstrualblut durch die theilweise geschlossene Tube ausfliessen und muss sich in die Bauchhöhle ergiessen und eine tödliche Haematocele erzeugen, sobald die intraperitoneale Stielbehandlung angewendet worden war, während bei der extraperitonealen Behandlung mittelst Klammer nach Schluss der Wunde dieselbe sich jeden Monat wieder öffnen und menstruales Blut austreten lassen kann; letzteres wäre zwar ein nicht gerade angenehmes, aber doch das Leben nicht im mindesten gefährdendes Uebel.

Spencer Wells hat selbst alle nur denkbaren

Methoden der Stielbehandlung erprobt, erklärt sich aber nach seinen darüber gemachten Erfahrungen in seinem Werke „über die Krankheit der Eierstöcke“ entschieden dahin, dass er eine andere Methode nur dann einschlagen werde, „wenn er durch die besonderen Verhältnisse des Falles dazu bewogen werde.“

Nicht minder günstige Resultate erzielte auch Schatz, der wie seine im Archiv für Gynaekologie beschriebenen Ovariotomieen lehren, sich stets der Klammer zur Befestigung des Stieles bedient.

Ja wir haben sogar Leute, die obwohl in der intraperitonealen Stielbehandlung gross gezogen, sich doch auf die Seite der extraperitonealen Klammerbehandlung schlagen, bewogen durch die ungünstigen Erfahrungen, welche sie mit der intraperitonealen Behandlung machen. Ich denke hier an Hüffell, den langjährigen Assistenten Hegar's. Er veröffentlicht im Archiv für Gynaekologie einen Fall, der gewiss geeignet ist, uns vor der intraperitonealen Behandlungsweise zu warnen. Es bildete sich nach seiner Erzählung bei einer Frau erst zwei und ein halbes Jahr nach der Operation um den abgeschnürten Stiel und seine starke Doppelligatur ein Abscess, der jedenfalls nur Dank der günstigsten Umstände nicht zum Tode führte, weil nämlich „die Abscesshöhle in ihrer Ausdehnung nach Vorn an die Bauchwand sich anlegte und hier eine feste Verlöthung mit der alten Bauchnarbe einging, wodurch die Perforation nach Aussen glücklich eingeleitet wurde.“ Vor derartigen, wie dieser Fall

uns lehrt, noch nach Jahren möglichen Zwischenfällen sind wir natürlicher Weise durch die Klammerbehandlung geschützt.

Endlich konnten wir hier ein recht günstiges Resultat der Klammerbehandlung beobachten: Eine Frau mit einer Ovarialcyste und gleichzeitigen, vollständigen Prolapsus uteri wurde vor 14 Wochen operirt. Jetzt stellte sie sich, nicht blos von ihrem Ovarialleiden, sondern auch von ihrem Prolapsus geheilt vor: der in die Abdominalnarbe eingeheilte Stiel verhindert den Uterus am Herabsinken. Vielleicht ist diese Mittheilung geeignet, manchen Operateur, der von der Klammer nichts wissen will, zu bewegen, in einem ähnlichen Falle zum Heile seiner Patientin doch die Klammer in Anwendung zu ziehn.

Auch die ebenerwähnte Frau klagt über keinerlei mit der Operation in Zusammenhang stehende Beschwerden.

Dass aber auch hier mit der Klammer ebenso schöne Resultate erzielt werden wie von Spencer Wells, Schatz und den übrigen Freunden der Klammer, lehren uns auch wieder folgende beiden kürzlich operirten Fälle, deren Veröffentlichung mir der Geh. Rath Prof. Dr. Pernice gütigst gestattete.

1. Fall. Frau Fischer, 28 Jahre alt, aus Stevelin, war bis vor $2^1/_2$ Jahren völlig gesund. In ihrem 16. Lebensjahre wurde sie zum ersten Male menstruirt. Die Menses blieben stets regelmässig. Vor $2^1/_2$ Jahren bemerkte sie zuerst eine Volumzu-

nahme ihres Unterleibes, welche ein Jahr lang nur sehr mässig wuchs und ihr ein Gefühl von Schwere im Becken verursachte. Vor $1^1/_2$ Jahren verheirathete sie sich, wurde schwanger und gebar vor 10 Monaten ein völlig ausgetragenes, noch am Leben befindliches Kind. Seit der Geburt dieses Kindes nahm die Schwellung ihres Unterleibes rasch zu und zwar anfangs rechterseits, dann auch linkerseits. Ueber Fieber und Schmerzen hat sie nie zu klagen gehabt, der Appetit war stets gut. Da sie aber durch die Anschwellung ihres Leibes bei jeder Bewegung und in der Arbeit behindert wird, sucht sie Hilfe in hiesiger gynaekologischer Klinik.

Status praesens vom 15. VII. 77:

Patientin ist von grosser und kräftiger Statur, leidlich genährt und von gesunder Gesichtsfarbe.

Der Leib ist sehr ausgedehnt, die linea alba wenig pigmentirt. Die Geschwulst ist gefurcht und bildet drei deutlich getrennte Abschnitte, einen über der Symphyse, einen in der rechten und einen in der linken regio inguinalis.

Durch die Palpation des Abdomens kann man nirgends feste Geschwulstmassen, dagegen undeutliche Fluctuation in und zwischen den einzelnen Abschnitten des Tumors ermitteln.

Der Umfang des Leibes um den Nabel beträgt 103,5 Cm., der Umfang in der Mitte zwischen Nabel und proc. xiphoid. 97, der Umfang in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse 105 Cm. Die Ent-

fernung vom Nabel zur rechten Spina ant. sup. oss. il. misst 30 Cm., ebensoviel die zwischen Nabel und linker Spina ant. sup.

Die innere Untersuchung ergiebt einen ziemlich engen Scheideneingang, eine leichte Vaginitis granulosa; die Vaginalportion steht ungefähr in der Führungslinie, die vordere Muttermundslippe ist etwas ödematös, der Uterus wenig anteflectirt und lagert mehr in der linken Seite; derselbe ist beweglich. Ein auf die Geschwulst von Aussen her ausgeübter Druck theilt sich dem Uterus nicht mit.

Eiweiss ist im Urin nicht nachzuweisen.

Die Diagnose lautete:

Mindestens dreikammerige Ovarialcyste, vielleicht mit festerem Inhalte. Am 20. Juli wurde, nachdem Tags zuvor Abführmittel und dann reichliche Gaben Tct. opii gereicht worden waren, nach Lister die

Ovariotomie

ausgeführt und zwar in folgender Weise:

Mit einem etwa 5″ langen Schnitt wurde die Linea alba langsam bis auf das Peritoneum durchtrennt und nach Stillung der Blutung aus den Hautgefässen das Peritoneum über der Cyste eröffnet. Dann wurde ein grosser Spencer Wells'scher Troikart zunächst in die rechte grösste Cyste eingestossen und daraus eine dicke, chokoladenfarbige Flüssigkeit entleert, bis sie collabirte. Mittelst eines kleineren Spencer Wells'schen Troikarts wurde nun aus der linksseitigen Cyste eine gleichbeschaffene

Flüssigkeit entleert. Hierdurch hatte sich der Tumor bedeutend verkleinert und konnte nach Unterbindung mittelst Catgut einer ziemlich festen Adhaesion mit dem Netze und nach Durchschneidung derselben leicht durch die Bauchwunde geleitet werden. Er zeigte einen langen und freien Stiel, der mit einer Klammer umschnürt wurde. Nach Abtragung des Tumors oberhalb der Klammer, Reinigung der Bauchhöhle und Zurückversenkung des Netzes in dieselbe wurde die Wunde mit 7 tiefen und 5 oberflächlichen Nähten vereinigt und reichlich mit Salicyljute verbunden.

Die ganze Operation war unter Carbolspray und in der Chloroform-Narkose ausgeführt worden.

Der entfernte Tumor wog mit dem aus beiden Kammern entleerten dickflüssigen Inhalte 27 Pfund.

Heilungsverlauf.

Nach dem Erwachen aus der Narkose fühlte sich die Operirte vollständig wohl, Erbrechen und Schmerzen in der Wunde stellten sich auch den ganzen Tag über nicht ein. Erst in der Nacht bekam sie heftige Kreuzschmerzen, welche ihr den Schlaf raubten.

	A.	7 Uhr.	P. 92.	T.	38,5.
21. VII.	M.	8 „	„ 84.	„	38,0.
	N.-M.	5 „	„ 96.	„	39,2.
	A.	11 „	„ 108.	„	39,2.

Morgens und Abends bekommt Patientin, weil sie über starkes Brennen im Abdomen und über Leibschmerzen klagt, je 15 gtt. Tct. opii.

Auch in der folgenden Nacht ist der Schlaf nur mangelhaft und fühlt sich Patientin in Folge dessen sehr matt. Schmerzen sind nicht vorhanden.

22. VII. M. 8 Uhr P. 100. T. 30,0.
N.-M. 5 „ „ 120. „ 39,2.
A. 11 „ „ 120. „ 38,2.

Früh wird Pat. umgelagert. Sie klagt über Kollern im Leibe und erhält abermals 15 gtt. Tct. opii. Die Respiration ist etwas beschleunigt.

Endlich in der folgenden Nacht erfreute sich Patientin eines ruhigen Schlafes, doch schwitzt sie sehr stark.

23. VII. M. 8 Uhr P. 120. T. 39,0.
N.-M. 5 „ „ 120. „ 39,2.
A. 11 „ „ 120. „ 38,2.

Am Morgen verspürt sie Hunger und zum ersten Male heftigen Durst. Sie erhält Rothwein.

Abends zeigt sich wieder starker Schweiss und hat Patientin seit der Operation die erste und zwar spontane Darmausleerung.

In der Nacht schläft Pat. leidlich, transpirirt aber immer noch stark.

23. VII. M. 8 Uhr P. 100. T. 38,1.
N.-M. 5 „ „ 120. „ 39,2.
A. 11 „ „ 100. „ 38,4.

Am Tage verspürt Pat. besonders nach dem Genusse von Fleisch eine leichte Uebelkeit und Nachmittags heftigen Durst.

Nachts war der Schlaf gut, doch ist noch immer

starker Schweiss vorhanden. Es stellt sich abermals ein spontaner Stuhlgang ein.

25. VII. M. 8 Uhr P. 100. T. 38,4.
N.-M. 5 „ „ 120. „ 39,1.
A. 11 „ „ 100. „ 30,0.

Pat. fühlt sich im Allgemeinen, abgesehen von den starken Schweissen, wohl.

Unter Spray werden die Nähte entfernt. Die Wunde ist ober- und unterhalb des Stieles fast geschlossen, während sie in der Mitte ziemlich tief klafft; die Wundränder sind stark infiltrirt. Links zeigt sich ein etwa faustgrosses, rechts ein etwas kleineres extraperitoneales Exsudat. Es erfolgt die Anlegung eines neuen Listerverbandes.

Von nun an ist Allgemeinbefinden und Schlaf der Pat. stets gut.

26. VII. M. 8 Uhr P. 100. T. 38,2.
N.-M. 5 „ „ 120. „ 39,0.
A. 11 „ „ 100. „ 38,0.
27. VII. M. 8 Uhr P. 96. T. 37,9.
N.-M. 5 „ „ 100. „ 88,9.

Heute wird ein zweiter Verbandwechsel vorgenommen, die Wunde hat ein gutes Aussehn.

28. VII. M. 8 Uhr P. 92. T. 37,4.
A. 7 „ „ 100. „ 38,0.
29. VII. M. 8 „ „ 88. „ 37,8.

Von nun an ist Pat. vollständig fieberfrei.

31. VII. wird der 3. Verbandwechsel gemacht und dabei die nur lose adhaerirende Klammer abge-

nommen. Die Wunde klafft zwar noch ziemlich stark, schliesst sich aber nach Behandlung mit Carbol und Unguent basilic. sehr schnell.

Das Exsudat wird fast vollständig resorbirt. Pat. nimmt sichtlich an Kräften zu und kann am 16. VIII. mit geschlossener Wunde aus der Klinik entlassen werden.

Bei einer Vorstellung am 25. IX. ist Pat. vollkommen gesund, klagt über keinerlei Beschwerden und giebt an, dass sie ihre gewöhnlichen Arbeiten wieder zu verrichten im Stande sei.

2. Fall. Frau Nötzel, 31 Jahre, aus Grabon, soll früher stets gesund und kräftig gewesen sein. Die ersten Katamenien stellten sich bei ihr im 19. Lebensjahre ein, sie waren zwar regelmässig, aber stets sehr schwach. Nach ihrer Verheirathung gebar sie vor 4 und vor $2^3/_4$ Jahren leicht je ein Kind. Nur während der Lactation blieb die Menstruation unregelmässig. Ein Jahr nach der zweiten Entbindung, um Weihnachten 1875, bemerkte sie, trotzdem dass sie kein Kind mehr stillte, eine abermalige Unregelmässigkeit in der Menstruation und eine allmählig wachsende Geschwulst im Unterleibe, die ihr aber erst um Pfingsten dieses Jahres heftige Schmerzen in der linken Seite verursachte. Seitdem will sie aber eine Volumzunahme der Geschwulst nicht bemerkt haben. Zuweilen fühlte sie heftigen Urindrang. Die Schmerzen in der linken Seite wurden endlich so heftig, dass sie sich vor 14 Tagen ge-

zwungen sah, dass Bett zu hüten, aber ohne dass Fieber eingetreten wäre. Deshalb wandte sie sich denn auch um Hilfe an die hiesige gynaekologische Klinik.

Status praesens vom I. X.

Patientin ist gut und kräftig gebaut, und besizt eine gesunde Gesichtsfarbe, doch ist sie nach ihrer Angabe gegen früher bedeutend abgemagert.

Der Bauch ist aufgetrieben und ergiebt die Palpation deutlich einen etwa bis 4 Finger breit über den Nabel reichenden Tumor, der aus zwei gesonderten Theilen besteht: der rechtsseitige von Faustgrösse, der linksseitige von 12 Ctm. Länge. Rechts fühlt sich der Tumor elastisch an, links zeigt sich undeutliche Fluctuation. Das Abdomen hat am Nabel einen Umfang von 84, zwischen Nabel und Symphyse einen Umfang von 88 Cm. Der Abstand vom proc. xiphoid. zur Symphyse beträgt 32, der Abstand vom Nabel zu den beiderseitigen Spinae sup. ant. ossis ilei 19 Cm.

Bei der innern Untersuchung fühlt man den Scheideneingang weit, die portio vaginalis uteri etwas nach Vorn stehend, den äusseren Muttermund grübchenförmig geöffnet. Der Uterus ist mässig retroflectirt und steht ziemlich fest. Ein von Aussen auf die Geschwulst ausgeübter Druck pflanzt sich auf den Uterus nicht fort.

Bei tiefer Inspiration verschiebt sich der Tumor deutlich um 1—2 Cm. nach Abwärts.

Es wird die Diagnose auf einen linksseitigen

Ovarialtumor, bestehend aus einer grösseren und aus Conglomeraten kleinerer Cysten gestellt.

Am 8. X. wird, nachdem Patientin Tags zuvor Abführmittel und Tct. opii bekommen hatte, zur

Ovariotomie

geschritten.

Es wurde ein etwa 5″ langer Schnitt in der linea alba geführt und präsentirte sich der Tumor in der Bauchwunde. In zwei Abtheilungen des Tumors wurde dann der Spencer Wells'sche Troikart eingestossen und damit eine nur unbedeutende Menge eines zähen, gelblichen Inhaltes entleert. Festere und ausgedehnte Verwachsungen des Tumors mit dem Peritoneum konnten beim Umgreifen desselben mit der Hand nicht wahrgenommen werden. Beim weiteren Vordrängen des Tumors stellte sich ein Abschnitt in der Bauchwunde ein. Aus ihm wurde nun ebenfalls mittelst Troikarts eine geringe Quantität zähen, bläulichen Inhaltes entleert. Jetzt erst konnte der Tumor aus der Bauchwunde herausgehoben und sein ziemlich langer und dünner Stiel in die Klammer gefasst werden. Derselbe war zweimal um seine Achse gedreht und stark oedematös; nach der Vereinigung der Wunde ragte er etwa 2 Cm. über das Niveau der Bauchhaut hervor, eine Reposition war nicht ausführbar. Ein Vorfall des Netzes von bedeutendem Umfange wurde reponirt. Nach Abtrennung des Stieles oberhalb der Klammer wurde die Bauchwunde durch 5 tiefere und 4 ober-

flächliche Suturen geschlossen und um das Abdomen ein sorgfältiger Salicyljuteverband angelegt.

Auch diese Operation wurde unter Carbolspray und in der Chloroform-Narkose ausgeführt,

Der Tumor nebst Inhalt wog $8^3/_4$ Pfd.

Heilungsverlauf.

Unmittelbar nach der Operation äusserte die Operirte keine Klagen über Schmerzen, erst am späten Nachmittage stellten sich Kreuzschmerzen und Brennen in der rechten Bauchseite ein. Sie erhält 15 gtt. Tct. opii und Abends eine subcutane Injection von 0,01 Morphium.

A. 7 U. P. 84. T. 37,0.

Nachts schläft Pat. ein wenig.

9. X. M. 8 U. T. 37,2. A. 7 U. 37,8.

Der Puls schwankt während des ganzen Heilungsverlaufs von etwas über bis etwas unter 84 Schlägen.

Am Morgen klagt Pat. über geringe Schmerzen, namentlich in der rechten Abdominalseite. Die Haut ist mit leichtem Schweisse bedeckt. Ein geringer Grad von Uebelkeit verliert sich im Verlaufe des Tages vollständig wieder.

10. X. M. 8 U. T. 37,2. A. 7 U. 37,9.

Gegen das starke Kollern im Unterleibe, worüber Pat. heute klagt, bekommt sie abermals 15 gtt. Tct. opii.

Sie wird umgebettet.

Am untern Theile des Verbandes wird, weil etwas Secret durchgedrungen, neue Salicyljute aufgebunden.

In der folgenden Nacht war der Schlaf schlecht.

11. X. M. 8 U. T. 37,0. A. 7 U. 37,8.

Gegen Morgen traten heftige wehennartige Leibschmerzen ein. Die Zunge ist etwas trocken.

Der Verband wird nachgesehen und zum Theil entfernt. Der Stiel ist leicht geschwollen und blauroth verfärbt.

Nachmittag erhält Pat. 2 Suppositorien von je 0,01 Morphium muriat.

12. X. M. 8 U. T. 37,4. A. 7 U. 37,8.

Ausser den noch immer fortbestehenden Koliken befindet sich Pat. heute wohl. Die Wunde hat ein günstiges Aussehen.

In der Nacht kann Pat. keinen Schlaf finden.

13. X. M. 8 U. T. 37,0. A. 7 U. 37,6.

Heute Morgen schläft Pat. sehr ruhig.

Die Koliken haben nachgelassen.

Seit der Operation war noch kein Stuhlgang erfolgt und auch heute kann ein solcher in spärlichem Maasse erst nach Darreichung eines Klysma's erzielt werden; zugleich entleeren sich reichliche Darmgase.

14. X. M. 8 U. T. 37,0. A. 7 U. 37,4.

Bei Gelegenheit eines Verbandwechsels wird die Wunde bis auf eine etwa 1 Cm. lange, nur ganz oberflächlich unvereinigte Stelle geschlossen gefunden; die Nähte werden entfernt.

15.—19. X. Das Befinden der Pat. und das Aussehen der Wunde ist sehr zufriedenstellend. Patientin ist vollständig fieberfrei.

19. X. Der Theil des Stieles, welcher das Niveau der Bauchdecken überragt, wird, da keine Aussicht vorhanden ist, dass er sich überhäuten werde, mit der galvanokaustischen Schlinge abgetragen. Eine kleine spritzende Arterie wird unterbunden, eine geringe venöse Blutung durch Liqu. ferri sesquichlor. gestillt und dann wieder ein Lister'scher Verband angelegt.

23. X. Die Wunde ist bis auf die Partie, wo der Stiel liegt, vollständig geschlossen. In der Tiefe sieht man den kleinen Brandschorf liegen, der durch die Abtragung des prominenten Stieltheiles mittelst galvanokaustischer Schlinge entstanden ist.

24. X. Der Brandschorf hat sich abgestossen. Die Partie, wo der Stiel liegt, ist mit guten Granulationen bedeckt; sie wird mit Unguent. basilic. behandelt.

Das Allgemeinbefinden der Operirten ist ganz vorzüglich und kann man dieselbe, nachdem sie am 27. X. zum ersten Male das Bett verlassen hat, als geheilt betrachten. —

Blicken wir nun zurück auf den Heilungsverlauf der beiden ebengeschilderten Ovariotomieen, so suchen wir vergebens, wie schon bei den früher hier operirten Fällen, nach den so hoch angeschlagenen

nachtheiligen Erscheinungen, welche von der Klammer abhängig gemacht worden sind.

Der Stiel war nicht zu kurz und zu dick, es entstanden keine Tractionen und Schmerzen durch die Einheilung desselben in die Bauchwunde. Die im ersten Falle aufgetretenen Kreuzschmerzen stehen unmöglich in einem Zusammenhange mit der Klammer, sondern vielmehr mit der Wunde, die ja bei intraperitonealer Behandlung des Stieles ebensowenig hätte vermieden werden können.

Ein Abgleiten des Stieles aus der Klammer trat nicht ein, ein Druck derselben verursachte zwar im ersten Falle geringfügige Ulcerationen, diese gaben aber zur vorzeitigen Abnahme der Klammer nicht die mindeste Veranlassung.

Uebelkeit zeigte sich im ersten Falle jedenfalls nicht in Folge der Application der Klammer, sondern in Folge des operativen Eingriffs überhaupt.

Erbrechen, Tetanus und intestinale Strangulation kamen nicht zur Beobachtung.

Die Ansicht Olshausens, dass das Listerverfahren bei der Anwendung der Klammer nicht durchführbar sei, fandeu wir nicht bestätigt. Wir erreichten völlige Antisepsis, wofür uns die niedrigen Temperaturgrade bürgen.

Die einzigen Nachtheile, welche uns aus der Klammerbehandlung erwuchsen, waren demnach im ersten Fall die durch Druck entstandenen Ulcerationen, im zweiten Falle die Prominenz des Stieles. Wie

leicht diese beiden Nachtheile beseitigt werden konnten, ersieht man aus der Schilderung des Heilungsverlaufes.

Abgesehn von diesen geringgradigen Erscheinungen erreichten wir also die Heilung ohne jegliche Zwischenfälle und können in Folge dessen mit Spencer Wells die Behandlung des Stieles mit der Klammer „als die sicherste und einfachste“ empfehlen.

Am Schlusse meiner Arbeit gestatte ich mir noch meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Pernice, der mich nicht nur bei Abfassung meiner Dissertation unterstützt und mir das Material seiner gyuaekologischen Klinik zur Verfügung gestellt, sondern mir auch in anderen Verhältnissen mit Rath und That beigestanden hat, meinen gehorsamsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Franz Theodor Gotthold Zscheile wurde geboren am 4. Juni 1852 zu Bautzen im Königreich Sachsen als Sohn des damaligen Landgerichts-Actuars Ernst Zscheile und seiner Ehegattin Emilie, geb. Winckler. Nach der Versetzung seines Vaters als Bezirksgerichtsrath nach Zittau, besuchte er die dortige Bürgerschule, sowie die untersten Klassen des dortigen Gymnasiums. Von Ostern 1867 ab gehörte er der kgl. Sächs. Landes- und Fürstenschule Grimma als Alumnus an und bestand an derselben Ostern 1873 das Maturitätsexamen. Darauf studirte er Medicin, zunächst sechs Semester in Leipzig und von Osteru 1876 ab in Greifswald. Nach Absolvirung des Tentamen physicum bestand er am 13. October 1877 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit in Leipzig und Greifswald besuchte er die Vorlesungen, Curse und Kliniken folgender Herren Professoren, und Docenten:

Arndt: Psychiatrie mit klinischen Demonstrationen.
Bältz: Auscultations- und Percussions-Curcus.
A. Budge: Repetitorium der Anatomie und Histologie.
Burkhardt: Verbandcursus.
Eulenburg: Arzneiverordnungslehre. Ueber Nervenkrankheiten.
Grohé: Ueber parasitische Krankheiten des Menschen. Ueber Geschwülste. Pathologisch-anatomischer Cursus.
Haenisch: Propädeutische Klinik. Laryngoscopischer Cursus.
Geh.-Rath Hankel: Experimentalphysik I. u. II. Theil.

His: Descriptive Anatomie. Gefässlehre. Präparirübungen.

Hueter: Ueber Gelenkkrankheiten. Ueber Knochen- und Gelenkoperationen. Ueber Krankheiten der Wirbelsäule. Operationscursus. Chirurgische Klinik und Poliklinik.

Geh.-Rath Kolbe: Chemie I. und II. Theil.

Geh.-Rath Leuckardt: Zoologie. Vergleichende Anatomie.

Geh.-Rath Ludwig: Physiologie der Bewegung und Empfindung. Physiologie der vegetativen Prozesse.

Mosler: Medicinische Klinik und Poliklinik.

Geh.-Rath Pernice: Ueber Uteruskrankheiten. Ueber Krankheiten der Neugeborenen. Theorie der Geburtshilfe. Gynaekologische Klinik und Poliklinik.

Rauber: Knochen- und Bänderlehre. Nervenlehre. Histologie mit mikroskopischen Uebungen.

Geh.-Rath Schenk: Botanik.

Schirmer: Refractions- und Accommodationsstörungen des Auges. Ueber Augenverletzungen. Augenspiegelcursus. Augenoperationscursus. Ophthalmiatrische Klinik und Poliklinik.

Geh.-Rath Thiersch: Allgemeine und specielle Chirurgie.

Vogt: Ohren- und Zahnheilkunde. Chirurgisch- propädeutische Uebungen und chirurgische Kinderpoliklinik.

Geh.-Rath Wagner: Allgemeine und specielle Pathologie und pathologische Anatomie.

Allen diesen seinen verehrten Lehrern gegenüber fühlt sich Verfasser zum aufrichtigsten Danke verpflichtet.

THESEN.

I.

Die Klammerbehandlung ist die zweckmässigste Behandlungsweise des Stieles bei der Ovariotomie.

II.

Das Lister'sche Verfahren ist der offnen Wundbehandlung vorzuziehen.

III.

Das Pilocarpinum muriaticum ist nicht von so sicherer Wirkung, wie von vielen Seiten behauptet wird.